

Příloha č. 23

k Metodickému doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

Psychická krize/duševní nemocnění žáka

Mgr. Bc. Alena Vrbová a Mgr. Linda Nývltová

Zpracováno: březen-červen 2020

Odborní konzultanti: Mgr. Barbora Hrdličková, Mgr. Jaroslava Paštiková, Mgr. Radka Votavová

Za OSPRCH – PhDr. Lenka Skácelová

Za Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze - doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Členové sekce primární prevence při A.N.O.

Krajští školští koordinátoři prevence

Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň

Oponentura: leden 2023:

Za Katedru speciální pedagogiky PedF UK- PhDr. Lenka Felcmanová, Ph.D.

Zpracování připomínek a aktualizace: MŠMT

Obsah

Příloha č. 23	0
k Metodickému doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže	
(Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)	0
Obsah.....	1
Vymezení jevu	3
Duševní zdraví.....	3
Psychická krize.....	4
Psychická krize v dospívání.....	4
Diagnostika	4
Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci	5
Hyperkinetické poruchy	6
Subtyp nepozorný.....	7
Subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity.....	7
Subtyp smíšený	8
Poruchy chování.....	9
Poruchy autistického spektra (PAS)	9
Úzkostné poruchy v dospívání	9
Panická úzkostná porucha v dospívání	10
Sociální fobie v dospívání	10
Bipolární porucha v dospívání	12
Schizofrenie v dospívání	13
Sebepoškozování v dospívání.....	13
Suicidalita v dospívání	14
Poruchy příjmu potravy v dospívání	15
Užívání návykových látek v dospívání	15
Disharmonický vývoj osobnosti	16
Dospívání.....	16
Souvislost psychických potíží a rizikového chování	17
Varovné příznaky psychické krize.....	17
Rizikové a protektivní faktory	18
Jak postupovat	21
V jakém případě vyrozumět OSPOD/Policii ČR	23
Možnosti a limity podpory ze strany pedagoga a školy	24
Legislativní rámec	24
Na koho se obrátit - síť partnerů, spolupráce v komunitě, kraji	26
Úkol prevence v oblasti duševního zdraví	30
Použité zdroje a doporučená literatura, odkazy	32

Duševní zdraví ani nemoc nejsou rizikovým chováním. Jedná se o oblast, která se však velmi úzce prolíná s jeho jednotlivými formami. Z této samostatné široké problematiky se v následujícím textu soustředíme na ty jevy, jež mohou úzce souviset se školním prostředím, a přinášíme návrhy postupů využitelných v rámci podpory žákům ze strany pedagoga.

Tato příloha metodického doporučení cílí zejména na žáky staršího školního věku a dospívající, a to proto, že se jedná o vývojové období v životě člověka, které je samo o sobě náročné, a navíc je typické pro častý výskyt psychických krizí, v některých případech také pro rozvoj vážných duševních onemocnění. Psychické potíže a duševní onemocnění předškolních dětí a mladších školních žáků nejsou o nic méně důležité a měl by jim být věnován stejně významný odborný prostor, nicméně toto období nese svá specifika, jež si zaslouží vlastní pozornost.¹

¹Např. metodická podpora pedagogických pracovníků při vzdělávání žáků s poruchami autistického spektra (PAS) je zpracována v Příloze č. 22 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 >.

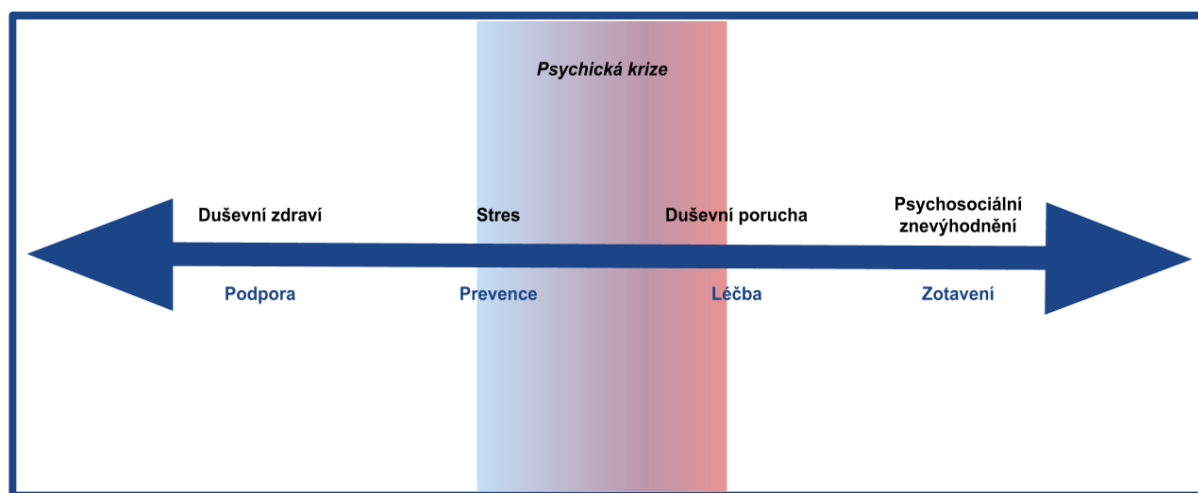
Vymezení jevu

Než se pozastavíme u pojmů psychická krize a duševní onemocnění, je třeba zmínit, jak je obecně vnímán stav duševního zdraví.

Duševní zdraví

Duševní zdraví zahrnuje emocionální, psychickou a sociální pohodu. Světová zdravotnická organizace ho definuje jako: „stav pohody (wellbeing), kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispívat své komunitě.“² Naše duševní zdraví ovlivňuje to, jak přemýšlíme, co cítíme a jak konáme, když se vypořádáváme se životem. Určuje také, jak zvládáme stresové situace, jak překonáváme těžkosti a výzvy, kterým někdy v životě čelíme, jak se vztahujeme k druhým lidem a rozhodujeme se. Zdravá sebeúcta a sebejistota zde hrají významnou roli.

Hranice mezi duševním zdravím a nemocí není jasně dána. Přejít mezi stavem zdraví a nemocí nebývá skokový. Spíše se jedná o **kontinuum**, mezi jehož póly se v průběhu celého svého života pohybuje každý z nás a na kterém se, jak se postupně vzdalujeme duševnímu zdraví, prohlubuje naše **neschopnost fungovat ve vnějším světě a zvládat běžné situace, zátěže či vztahy**. A podobně oscilujeme různě daleko od nemoci – na cestě k zotavení. **Pro všechny tyto fáze a pro co nejlepší zdraví je podstatné rozumět sám sobě, naučit se vnímat svoje emoce, pracovat s nimi nejen skrze nástroje duševní hygieny, ale prostřednictvím zvládání každodennosti.** Během dospívání je prospěšné osvojovat si pro to zdravé strategie a dovednosti, které souhrnně označujeme jako socio-emoční učení.



Zdroj: Chisholm, D. (2019) – vlastní překlad

Duševní zdraví není černobílá kategorie, je to kontinuum, na kterém se v průběhu života pohybuje.

²Vlastní překlad – http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Psychická krize

Termín psychická krize používáme pro některé psychické potíže/problémy zejména, když nabydou na své intenzitě. **Psychická krize bývá reakcí člověka na náročnou životní situaci, na nějakou dramatickou změnu. Bývá provázána negativními emocemi.** Jedinec se do ní dostane tehdy, klesne-li jeho resilience³, střetne-li se s nějakou překážkou, kterou již není schopen zvládnout sám, případně s podporou mechanismů, které fungovaly dříve, za podpory svých blízkých, a to v relativně krátkém čase a za běžných podmínek. „Akutní zvládání krizové situace trvá obvykle 4–6 týdnů.“⁴ **Psychická krize se projevuje selháváním jak v osobním, tak pracovním životě** (např. partnerská krize, krize v zaměstnání, ve škole). **Změny se dějí ve všech oblastech** – v oblasti **biologické** (např. únava, neschopnost jíst nebo naopak nadměrná konzumace potravin, sladkého, případně alkoholu, cigaret, nekvalitní spánek), v oblasti **psychické** (objevují se např. smutky, deprese, pocity marnosti, obavy), v oblasti **sociální** (např. ubývá kontakt s přáteli, kolegy, spolužáky, jsme ve styku s nimi nepříjemní) a nesmíme zapomenout ani na oblast spirituální spojenou s hledáním a realizací smyslu vlastního života.

Právě spirituální část vývojové krize u adolescentů si zaslouží zvýšenou pozornost. A to zejména u jedinců, kteří hledají svůj smysl života upřímně a jsou schopni tvořivé revolty proti konvencím u kompromisům předchozí generace. U takovýchto jedinců může být část dospívání zvláště bouřlivá.⁵

Psychická krize v dospívání

Ve věku adolescence – v krátkém období několika let, dochází u jedince k velmi mnoha změnám. To je náročné i pro silného dospívajícího s podpůrným a tolerantním zázemím, včetně chápající rodiny. V případě ztížených podmínek je třeba počítat s těžkostmi.⁶ Je také důležité připomenout rizikovost přechodu mezi jednotlivými vývojovými stádii. V období dospívání dochází k přestupu ze školy na školu (ZŠ – SŠ – VŠ), ke změně školního kolektivu, potřebě do školy (na praxi) dojíždět, k odloučení od rodiny (internát, kolej), přicházejí první partnerské vztahy, maturita, první zaměstnání, samostatné bydlení atd. **Ne vždy se jedná o extrémní psychickou zátěž, příprava na ni (posilování resilience, sebedůvěry a sebevědomí, dostupnost informací z oblasti duševního zdraví) může být v období adolescence podstatným nástrojem k tomu, aby mladý člověk krizi předešel a s psychickými potížemi se dokázal vyrovnat.**

Diagnostika

Stanovení samotné diagnózy duševního onemocnění u dětí a dospívajících je složitým procesem, který přísluší do rukou odborníka/odborníků (psychiatr, klinický psycholog, pediatr, neurolog). Navíc správné pojmenování (diagnóza) není v daný moment to nejdůležitější. Mnohem důležitější je zabývat se příznaky a hledáním účinné podpory. Train uvádí, že „chování dětí s poruchou se od chování ostatních liší pouze tím, že jeho projevy jsou závažnější, trvalejší a společensky obtěžující.“⁷ Také dále upozorňuje

³Resilience = odolnost

⁴Špatenková in Baštecká ed. (2009:147)

⁵Říčan in Baštecká ed., (2009)

⁶Říčan (1989)

⁷Train (2000:14)

na to, že se jako rodiče „zdravotních problémů souvisejících s činností mysli a mozku bojíme tolik, že jsme ochotni obětovat štěstí a tělesné zdraví svých dětí: podle odhadů můžeme říci, že pouze jednomu z deseti dětí trpících určitými osobními problémy se dostává odborné pomoci.“⁸

Ukazatelem duševní nepohody a začínajícího rozvoje duševního onemocnění žáka může být zvýšená nemocnost či úrazovost, nechutenství, nevolnosti při příchodu nebo odchodu ze školy, výrazné změny hmotnosti, nápadná únava a ospalost, sebepoškozování, pasivita a ztráta zájmu o dění ve škole, smutek, výrazné emoční rozlady, zejména v případě školního neúspěchu, strach ze známek a z reakce rodičů, projevy zvýšené agrese vůči okolí, zvýšený neklid a nepozornost, výrazné zhoršení prospěchu, samotářství a izolovanost dítěte vůči ostatním dětem (i během přestávek a ve školní družině), opakované neplnění povinností, záškoláctví, opakované pozdní příchody, nechuť jít do školy nebo naopak nechuť odcházet domů, vyhýbavé chování vůči rodičům nebo jiné dospělé osobě, která dítě vyzvedává, výrazné změny v hodnotovém nebo spirituálním systému dítěte.

Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN 10) rozlišuje dvě základní skupiny dětských psychiatrických poruch: poruchy psychického vývoje (F8) a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F9). Mimo těchto poruch se v dětství a dospívání mohou objevit i další psychiatrická onemocnění, která mají v porovnání s výskytem v dospělém věku řadu specifických příznaků. K nejtěžším patří schizofrenie, afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy. Příznaky psychických poruch v dětském věku mohou být relativní a vždy je nutné korelovat je s věkem a stupněm vývoje dítěte.

Metodický pokyn se blíže věnuje hlavně poruchám chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci a vybraným onemocněním, které mají v dětství specifické projevy.

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

Určité projevy lékařem diagnostikovaných poruch chování a emocí definovaných v MKN 10 mohou v některých případech současně poukazovat na (i neodhalené) působení probíhajících i minulých traumatických zážitků na dítě. Doporučujeme pedagogům podobné projevy a jejich změny dlouhodobě sledovat a diskrétně konzultovat se žákem, rodinou nebo odborníkem (podle závažnosti a charakteru projevů). Pedagog by při jednání s žákem vykazujícím podobné projevy (nejlépe však se všemi žáky) měl jednat podle principů trauma respektujícího přístupu. Projevy poruch pozornosti a aktivity a dalších poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství (definované v MKN-10) se mohou lišit v závislosti na věku dětí.

Pedagog by si měl všímat následujících projevů:

- Obtíže ve vykonávání každodenních aktivit považovaných za normální pro dítě daného věku
- Obtíže v porozumění instrukcím
- Obtíže v sociálních interakcích
- Snížená schopnost vyrovnávat se se změnou
- Obtíže nebo zvláštnosti v komunikaci

⁸Train (2000:13)

- Restriktivní nebo repetitivní (opakující se) vzorce v chování, v zájmech, v aktivitách
- Nadměrný strach, úzkost nebo vyhybavost vůči specifickým situacím nebo objektům (např. vůči odloučení od rodičů nebo pečujících osob, vůči určitým sociálním situacím, konkrétním zvířatům včetně hmyzu, výškám, uzavřeným prostorům, stopám poranění nebo krvi aj.)
- Změny ve spánkovém režimu
- Náhlý nevysvětlitelný pokles zájmu o dosud se zájmem vykonávané aktivity
- Opoziční nebo pozornost vyžadující chování
- Nadměrná aktivita (výrazný problém zůstat v klidu, např. nadměrné běhání dokola, nadměrné mluvení nebo psychomotorický neklid)
- Nadměrná nepozornost
- Nadměrná impulzivita
- Opakované a kontinuální vyrušování ostatních (v hovoru, činnostech)
- Náhlé změny v chování k vrstevníkům včetně stažení se do sebe nebo vzteku
- Opakovaně se vyskytující nevysvětlitelné fyzické symptomy (bolest hlavy, břicha, nevolnost)
- Extrémní stydlivost
- Časté změny nálad bez zjevné příčiny
- Časté výbuchy vzteku
- Opakované vzdorovité chování
- Rozvratné chování ve třídě
- Chování porušující stanovená pravidla nebo normy
- Fyzická agrese
- Neochota nebo přímé odmítání chodit do školy
- Jinak nevysvětlitelná nízká výkonnost ve škole
- Izolace od ostatních
- Extrémní beznaděj a zoufalství
- Přítomnost myšlenek, plánů nebo činů sebepoškozování/sebevraždy nebo jejich výskyt v minulosti dítěte

Výše uvedené projevy ohrožení dítěte, resp. projevy poruch chování a emocí by měli znát všichni pracovníci školy. Všichni pracovníci školy by měli být informováni o tom, jak v případě výskytu některého z projevů postupovat. Informovanost pracovníků školy by měla být pravidelně aktualizována na začátku nového školního roku. Efektivním způsobem řešení informovanosti pedagogů je začlenění této agendy do činnosti školního poradenského pracoviště (ŠPP). Školní metodik prevence, popř. školní psycholog by měl mít vytvořený informační materiál o projevech ohrožení dítěte a vhodném postupu a na začátku každého školního roku by měl s jeho obsahem seznamovat všechny pedagogy. Je užitečné, pokud je např. ve sborovně informace o projevech ohrožení dítěte a vhodném postupu pro učitele vizualizována formou infografiky či jinak přehledně zpracované informace. Více viz [Metodický pokyn ČŠI Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení](#).

Hyperkinetické poruchy

Podle MKN 10 se jedná o skupinu poruch, která je charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech vyžadujících poznávací schopnosti,

a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

Mezi hyperkinetické poruchy například patří porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování (ADHD). V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch DSM 5 se člení ADHD na následující subtypy:

Subtyp nepozorný

Uváděná skupina zahrnuje 25-30 % případů žáků s ADHD. Pro označení tohoto subtypu se do přijetí 5. revize DSM užívalo pojmu ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity (*Attention Deficit Disorder*). Rozsah pozornosti je u těchto žáků oproti běžné populaci zúžen. Jsou schopní přijmout jen omezený objem informací, což má negativní vliv na jejich schopnost něco se naučit, zapamatovat a ve správný okamžik vybavit.

Většina žáků spadajících do této kategorie ADHD je spíše pomalá, utlumená při často prožívaném neúspěchu až apatická. Velkým problémem pro ně bývá udržet si pořádek kolem sebe a ve svých věcech, aby vše budilo dojem alespoň relativního pořádku. Případná koordinační neobratnost se promítá do jejich každodenního praktického života.

Žáci s touto poruchou především ve škole bývají považováni za lenivé, což často nebývá pravda, a někdy i za méně inteligentní. Sami přitom opakovaným neúspěchem z důvodu pomalého psychomotorického tempa a nestíhání stejného rozsahu práce jako ostatní velice trpí. Nejsou téměř vůbec schopni pouze formou testů prokázat své skutečné znalosti, které bývají ve skutečnosti srovnatelné s ostatními žáky. Důsledkem toho dochází k jejich demotivaci a neurotizaci a k vytvoření negativního vztahu ke škole, pokud se zavede nezačne jejich problém řešit ve spolupráci s lékařem. Problém se zaměřením a udržením pozornosti je zapříčiněn zvýšenou unavitelností CNS způsobující variabilitu pozornosti. Žáci mají velké výkyvy ve výkonech, a to bez jakékoliv zjevné příčiny. Typické je ulpívání na určitém podnětu. Např. když paní učitelka položí novou otázku, žák stále přemýšlí o dřívější otázce a na tuto otázku také odpovídá. Příčinou ale může být i tzv. **hyperpozornost**, což znamená, že všechny podněty a informace mají pro žáka naprosto stejnou důležitost, takže je jimi přehlcn. Nedokáže posoudit, které informace jsou důležité a které v daný okamžik podružné.

Subtyp s převahou hyperaktivity a impulzivity

Do tohoto subtypu spadá 10-20 % všech případů ADHD. Hyperaktivně-impulzivní žáci se naopak dokážou na rozdíl od I. subtypu dobře soustředit na svoji práci, ale nejsou schopni tlumit a kontrolovat své projevy. Reagují na přicházející podněty zcela bezprostředně, překotně a zbrkle. Jednají ukvapeně, nedomyslí možná rizika, na určité podněty reagují prudce a nepřiměřeně. Pro ostatní bývají jejich reakce nepochopitelné. Charakteristické pro hyperaktivně-impulsivní žáky také bývá, že žijí tzv. zcela přítomností: všechno chtějí mít hned, nedokážou čekat, vlastně je to vůbec ani nenapadne. Mají občas

sklony k tzv. extrémním citovým reakcím, ke kolísání z euforie a nadšení do „protivné“ nálady a odmítání čehokoli. Nadměrná pohotovost k bezprostředním reakcím většinou zahrnuje i specifickou emotivitu. Některé změny v oblasti citového prožívání mohou souviset se zvýšenou unavitelností a signalizují nižší toleranci žáka k zátěži, která se projevuje typickými poruchami sebeovládání, afektivními a někdy až agresivními reakcemi. Objevují se jako obranná reakce žáka v situaci subjektivně pociťované nadměrné zátěže. Train (1997, s. 52) hodnotí chování těchto žáků jako "projev zvýšené senzitivity a vrozené zranitelnosti".

Typickým znakem jejich projevu bývá především poměrně stálá bezúčelná fyzická aktivita označovaná za psychomotorický neklid. V mírné podobě se projevuje někdy až neustálými drobnými pohyby prstů na rukách, rukou, nohou, celého těla, záškuby v mimice, pokašláváním. Žák má potřebu si neustále s něčím hrát, šoupat nohama pod lavicí, charakteristická bývá vnitřní tenze či problémy se spánkem, především s usínáním. Hyperaktivita se v dospívání značně zmírňuje, někdy však dochází k její internalizaci –trvalému subjektivnímu pocitu potřeby neustále něco dělat. Porucha pozornosti a narušení exekutivních funkcí přetrvává v prakticky nezměněné míře.

Subtyp smíšený

Tento subtyp se objevuje mezi jedinci s ADHD nejčastěji. Zahrnuje zhruba 50 % všech případů žactva s ADHD. U žáků můžeme pozorovat přítomnost všech tří symptomů typických pro popisovaný syndrom, ty se však nemusí projevovat navenek ve stejné intenzitě. Nesoustředí se na určenou práci, ale pokud jsou zaujati činnostmi, které je velmi baví (např. oblíbená PC hra, stavebnice, sledování TV), dokážou udržet pozornost po stejnou dobu jako jejich vrstevníci (Loughy, Rosenthal 2002, s.13).

U žáků můžeme pozorovat specifické projevy chování, mezi něž patří mj.

Nepružnost – znamená chronickou neochotu změnit jednou přijaté stanovisko.

Vztahovačnost –žák je přecitlivělý na každou negativní poznámku.

Rychlá proměnlivost nálad – citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá.

Nesnášenlivost – chronická agrese vůči ostatním lidem, destruktivní chování, lhaní.

Neschopnost podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům.

Špatné sebepřijetí, nedostatek sebeúcty (Michalová 2007, s. 50).

Pro všechny subtypy je typický **opožděný vývoj vnitřní řeči**, který jedinci pomáhá s korekcí jeho impulzivity v chování a při dodržování pravidel. Vzhledem ke skutečnému, tzv. fyzickému věku může někoho překvapit snížená schopnost řešit problémy tzv. každodenního života. Při nevhodném vedení ze strany dospělých se může k ADHD přidružit opoziční porucha chování.

U 40–60 % pacientů ADHD přetrvává do dospělosti. V dospělém věku se projevy mohou skrývat pod obrazem deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti. Jedinci s neléčenou ADHD mají zvýšené riziko výskytu poruch chování, delikventního jednání a nadužívání návykových látek.⁹¹⁰ Přibližně 30 % případů poruch pozornosti je spojeno s kombinacemi specifických poruch učení (dyslexii, dysortografií, dyskalkulií a další), vyskytují se také s poruchami řeči (dysfázií, dyslálií, koktavostí) apod.

⁹ Biederman et al. (2005)

¹⁰ Webové stránky s podrobnějšími informacemi o ADHD: www.addp.cz, www.nepozornidospeli.cz, www.adhdandyou.com

Poruchy chování

Poruchy chování postihují 2,1 % dětí.¹¹ Jsou způsobeny disharmonickým vývojem osobnosti, deprivací emocionální či sociální, nevhodným modelem rodičů či jiných vzorů (např. v partě vrstevníků, v zájmovém kroužku) s nepřijatelným chováním, projevem jiné psychické nemoci či mohou být projevem volání o pomoc.

Poruchy chování jsou podle MKN 10 charakterizovány opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Takové chování by mělo výrazně překročit sociální chování odpovídající danému věku, mělo by být proto mnohem závažnější než běžné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících a mělo by mít trvalejší ráz (šest měsíců nebo déle). Tento druh poruch chování však může být projevem i jiné psychiatrické poruchy a v takovém případě má být preferována příslušná diagnóza. Diagnóza je založena chování, ve kterém se vyskytuje například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jeden z těchto typů chování pokud je výrazné, nestačí však ojedinělý disociální čin. Mezi poruchy chování patří například porucha chování vázaná na rodinu a socializovaná a nesocializovaná porucha chování.

Poruchy autistického spektra (PAS)

PAS zahrnující např. **dětský autismus, Aspergerův syndrom** atd., patří mezi závažné **vrozené geneticky podmíněné** psychické poruchy, které bývají označovány jako všepřonikající neboli pervazivní vývojové poruchy. Autismus se podle nejnovějších výzkumů objevuje u více než 1 ze 100 dětí. Příznaky PAS se mění v čase, některé ve věku nad 5-6 let ustupují a objevují se nové symptomy (které se dají někdy přiřadit i k jiným psychickým poruchám). S tím souvisí fakt, že rozpoznání PAS ve vyšším věku dítěte může být více komplikované (a to zvláště u dětí s normálním intelektem) než při diagnostice autismu do 6 let věku dítěte. Diagnostika autistických poruch patří do rukou školeného dětského psychiatra.¹²

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže <Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 22).

Úzkostné poruchy v dospívání

Patologická úzkost je nejdůležitějším symptomem spojujícím všechny úzkostné poruchy. Patří mezi ně např. generalizovaná úzkostná porucha, panická úzkostná porucha, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha nebo smíšená úzkostně-depresivní porucha. Už podle odhadu profesora Z. Matějčka (1991) byla problematika úzkostí třetím nejčastějším důvodem pro návštěvu poradenských služeb (hned za problematikou intelektových schopností a problémů spojených s ADHD). Úzkostné poruchy mají poměrně vysokou komorbiditu¹³, jsou si v mnohém podobné, ale každá má svá důležitá specifika. Praško (2005) uvádí, že každý druhý případ úzkostné poruchy je spojen s ještě minimálně jednou duševní poruchou, nejčastěji s další úzkostnou poruchou nebo depresí.

¹¹Polanczyk et al. (2015)

¹² www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/

¹³ Současný výskyt více nemocí

Panická úzkostná porucha v dospívání

Jedná se o časově ohraničenou intenzivní úzkost, která propuká **bez zjevné vazby na nějakou konkrétní událost**. Tuto úzkost doprovází řada **různých nepříjemných symptomů, jakými jsou zrychlený puls, palpitace, třes, chvění, sucho v ústech, obtížné dýchání až zalykání se, nauzea, návaly horka nebo chladu, mravenčení, necitlivost končetin, strach ze zešílení, strach ze smrti**. Panickou ataku mohou provázet také psychické symptomy v podobě derealizace, depersonalizace¹⁴. Někteří jedinci se po prožité panické atace domnívají, že se jednalo o infarkt nebo mrtvici a vyhledávají pomoc na pohotovosti. Tady (i opakovaně) zjišťují, že je jejich somatický nález v normě. Přichází **trvalý strach z dalšího záchvatu** a řada různých somatických vyšetření. Takto hrozí rozvoj tzv. sekundární hypochondrie, ale také vyhýbavého chování a tím i agorafobie.¹⁵¹⁶

Praško (2005) zmiňuje celoživotní výskyt panické poruchy mezi 1,4–3,5 % populace. Výskyt ojedinělých záchvatů se objevuje u 7–9 % lidí. Dodává, že často není porucha rozpoznána, a tedy ani léčena. Údaje o výskytu panické poruchy v dětství a adolescenci nejsou jednotné. Studie jsou většinou retrospektivní. 18 % dospělých pacientů trpících panickou poruchou zmiňuje její objevení před 10. rokem života, 7 % uvádí období mezi 10. a 15. rokem.¹⁷

Sociální fobie v dospívání

Sociální fobii popisují obavy a strachy, které jsou spojeny se situacemi, ve kterých přichází v úvahu zvýšení pozornosti jiných lidí. Dotyční pociťují ve společnosti ostatních zvýšenou nervozitu a napětí. Toto pak vede k vyhýbavému chování a k nárůstu sociální izolace.¹⁸

Sociální fobie se objevuje obvykle kolem puberty. Toto období je také typické pro stydlivost. Ta je oproti sociální fobii častějším jevem – nadměrný stud během života zažívá 80–90 % populace. V běžných situacích, při kterých býváme obvykle stydliví (první schůzka), se na rozdíl od sociální fobie, adaptujeme a náš stud se sníží. U sociální fobie však naopak dochází k vyhýbavému chování. Onemocnění se vyskytuje ve formě částečné sociální fobie (vystoupení) a ve formě generalizované (široce provázané jednotlivé fobie). Sociální fobie se nejčastěji objevuje ve věku 11–15 let, a **může být spojena se školní docházkou**. Tady bývá vyhýbavé chování spojené s kritickými situacemi značně omezeno – do školy se „musí“. Děti i dospívající mívají nejčastěji problémy s vystupováním před ostatními – s hlasitým čtením, prezentací projektů individuálními sportovními a uměleckými výkony. Strach doprovází i zkoušení před tabulí nebo pobyt ve školní jídelně či používání WC.¹⁹

¹⁴Goetz, Hrdlička (2004)

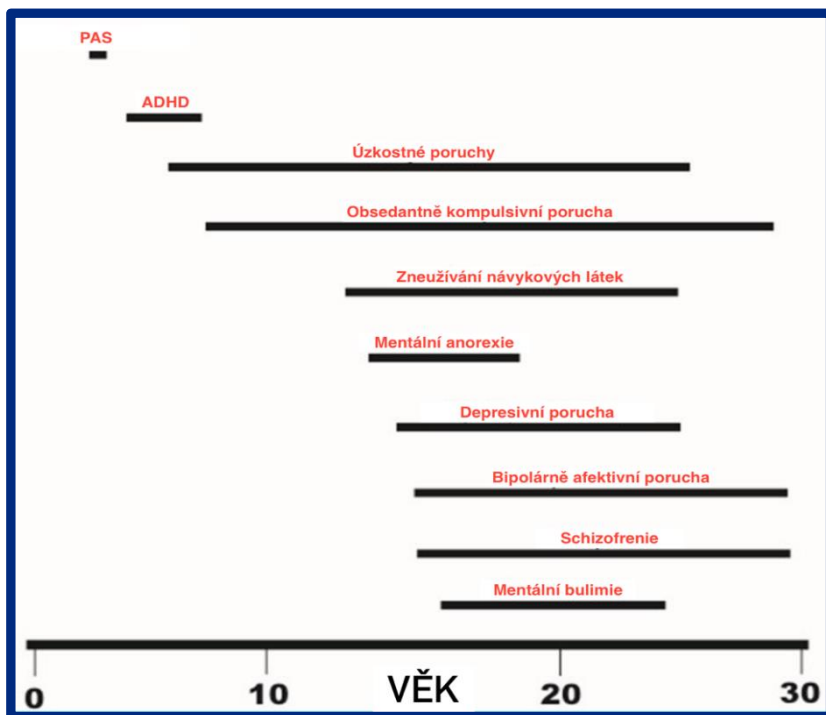
¹⁵ Agorafobie – původně označení obavy z velkého otevřeného prostoru, dále také obavy např. ze vstupu do nákupního centra, obchodu, dopravního prostředku či obavy z většího počtu lidí na jednom místě.

¹⁶Praško (2005)

¹⁷Praško (2005); Hort (2000)

¹⁸ Například Hort (2000:221) popisuje fobii jako „iracionální strach z nejrůznějších objektů a situací, který vyvolává silnou úzkost (někdy až panické povahy).“

¹⁹ Hort (2020)



Zdroj: DSM – IV (2000) – vlastní překlad – průměrný věk nástupu vybraných jednotlivých duševních onemocnění

Mezi duševní onemocnění, se kterými se v adolescentní psychiatrii můžeme také často potkat, patří **úzkostné poruchy, schizofrenní psychózy, bipolární afektivní poruchy, unipolární deprese**. Dále diagnózy, které MKN-10 uvádí jako možné pro diagnostiku v kterémkoli věku (nikoli jen u dětí a dospívajících): **schizofrenii, bipolární poruchu, depresivní poruchu, fobické úzkostné poruchy a závislostní poruchy**. Uvedená onemocnění se často vyskytují v kombinacích.

Depresivní porucha je dělena podle závažnosti na lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. S těmi všemi se můžeme potkávat již v adolescenci, častěji ve formě **depresivní reakce v rámci poruchy přizpůsobení** – tzv. „**depresivní porucha chování**“ – ta je kategorizovaná právě pro dětský věk. Diagnostické kategorie u tzv. juvenilní deprese jsou shodné s těmi pro dospělé populaci. MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro děti a dospívající (až na výjimky).

Deprese je označována za významný rizikový faktor zvyšující možnost sebepoškozování a suicidalitu (sebevražednost). Odborná literatura uvádí, že se deprese vyskytuje asi u 4–8 % adolescentů.²⁰

DEPRESIVNÍ PŘÍZNAKY PODLE VĚKU

VŠECHNY VĚKOVÉ SKUPINY	PŘEDŠKOLNÍ DĚTI	DĚTI ŠKOLNÍHO VĚKU	ADOLESCENTI
depresivní nálada	podrážděnost	depresivní vzhled	podrážděná nálada

²⁰ např. Uhlíková (2012)

poruchy soustředění	smutek	somatizace	anhedonie ²¹
nespavost	anhedonie	agitace	pocity nudy
ztráta energie	plačtivost	separační úzkost	pocity beznaděje
pocity méněcennosti	omezení aktivit a zájmů	fobie	změny hmotnosti
pocity viny	odmítání kontaktů s vrstevníky		poruchy chování
suicidální myšlenky			hypersomie ²²
			užívání návykových látek

Zdroj: Dudová, I. (2007)

Deprese dospívajících má (na rozdíl od dětské) mnoho společného s dospělými. Rozdílem pak může být na místo depresivní nálady nálada podrážděná. **„Pro depresi školáků jsou typické psychosomatické příznaky, hlavně bolesti hlavy, břicha a nevolnosti. Náladu hodnotí jako špatnou, obtížně se soustředí, jsou více unavení, podráždění a úzkostní. Mají problémy ve vztazích s vrstevníky i dospělými, často se zhoršuje jejich školní výkon. Místo nechutenství se může objevit tendence k přejídání, a tím i zvýšení hmotnosti.“**²³ Dudová dále zmiňuje jako relativně časté i psychotické příznaky – bludy, sluchové halucinace, paranoii; uvádí zpomalené psychomotorické tempo a podrážděnost. „Do dospělosti přechází až 70 % depresivních poruch adolescentního věku.“²⁴

Bipolární porucha v dospívání

Bipolární afektivní porucha u adolescentů je vážným psychiatrickým onemocněním, při kterém se střídavě vyskytují období s výraznými poruchami nálady – **deprese nebo mánie**. Tyto epizody bývají provázeny poruchami myšlení, změnami tělesné i psychické aktivity a chování. Dudová zmiňuje, že se často projevuje atypicky a „bývá neepizodická, chronická, s kontinuálním rychlým cyklováním a smíšenými epizodami.“²⁵

Train (2001) uvádí, že bipolární porucha postihuje podle odhadů 0,8 % populace. U jedné pětiny nemocných bipolární poruchou dojde k jejímu rozvoji právě během adolescence, a to nejčastěji mezi 15.–19. rokem.²⁶

²¹ Neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těšit se a radovat

²² Nadměrná denní spavost

²³ Dudová (2007:29–30)

²⁴ Paclt (2001: 15)

²⁵ Dudová (2012: 7)

²⁶ Hort et al. (2000).

V souvislosti s bipolárním onemocněním se může dospívající jedinec setkávat se školním neúspěchem a může se u něj objevit asociální chování, uvádí se také **zvýšené nebezpečí suicidality**.²⁷ Přibližně 20 % adolescentních pacientů provede alespoň jeden vážný suicidální pokus.²⁸

Schizofrenie v dospívání

Také výskyt schizofrenie je častý právě v období dospívání. Literatura uvádí, že v 60–70 % případů propuká před 25. rokem.²⁹ Mezi příčiny onemocnění jsou řazeny: dědičná zátěž, vlivy prostředí, předchozí intoxikace kanabinoidy, halucinogeny či stimulancií, které mohou zvýšit riziko propuknutí nemoci či uspišit její začátek.³⁰ Propuknutí onemocnění v adolescenci je charakteristické dramatickým nástupem, těžšími negativními symptomy, větší dezorganizací, různými typy halucinací a perzekucními bludy (nevývratným přesvědčením, že dotyčného někdo pronásleduje a chce mu ublížit).

Mezi první projevy nemoci patří sociální izolace, zhoršení školního výkonu a neobvyklé chování, které nastupují průměrně rok před propuknutím pozitivních příznaků. U jedné třetiny jedinců s první epizodou schizofrenie se objevují také afektivní symptomy. Včasně vyhledání pomoci snižuje riziko pozdějšího propuknutí psychózy. V dalším průběhu onemocnění hrají důležitou roli také premorbidní³¹ sociální zázemí a kognitivní schopnosti, délka trvání první epizody i délka léčby a negativní příznaky, které zhoršují prognózu (Hollis, 2015). U jedinců s psychotickými příznaky byl také zjištěn častější výskyt sebepoškozování a vyšší riziko sebevražděných pokusů.³²

Sebepoškozování v dospívání

Sebepoškozování je definováno jako záměrné ubližování sobě samému bez úmyslu vědomě se usmrtit. Je to způsob vypořádávání se s nepříjemnými duševními stavy. Je také jistým způsobem komunikace, zejména voláním o pomoc (stejně jako u suicidálního pokusu).

Jedinec, trpící nepříjemnými pocity – vztekem na sebe sama, úzkostí a napětím, které je těžké vydržet – zvládnout, se brzy dostává do začarovaného závislostního kolotoče. Neboť sebepoškozováním se toto vnitřní napětí uvolňuje vyplavováním hormonu tzv. dobré nálady (beta endorfinu). Sebepoškozování se tak jednoduše stává návykovou poruchou, která je často skrývána z důvodu studu.³³ Se sebepoškozováním se setkáváme ve formě škrábanců, řezání, záměrného popalování, vytrhávání vlasů, patří sem i polykání léků či předmětů. Sebepoškozování není uváděno jako samostatná diagnóza, ale jako symptom. Často se také projevuje jako součást následujících onemocnění: poruch osobnosti, závislostí, poruch příjmu potravy. Malá (2007) uvádí výskyt u psychiatrických adolescentních pacientů ve výši až 60 %.

V celkovém měřítku se sebepoškozující chování u dětí a dospívajících vyskytuje asi u 2,5–21,4 % populace. Čísla se u jednotlivých autorů liší. Mezi faktory, které sebepoškozování spouštějí, jsou

²⁷Train (2001)

²⁸ např.: Hort et al. (2000)

²⁹ např. Hort et al. (2000)

³⁰Hollis (2015)

³¹ Premorbidní = před vypuknutím nemoci

³²Nishida et al. (2014)

³³Uhlíková (2012); Fojtíček et al. (2012).

zahrnutý zkušenosti se sexuálním, psychickým či fyzickým zneužíváním, traumatické události a nezdravé rodinné klima.

Koutek a Kocourková (2003) uvádí, že 55–85 % jedinců, kteří se sebeпоškozuji, se minimálně jednou v průběhu života pokusí o sebevraždu.

Odborníci apelují, že roste počet dětí, které se začaly sebeпоškozovat, a to v reakci na stresovou zátěž spojenou s pandemií covid a s ní souvisejícími restriktivními opatřeními, pandemie je považována (obdobně jako válka) za kolektivní trauma.

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže < Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 16 Sebeпоškozování).

Suicidalita v dospívání

Podle údajů poskytovaných WHO (2014) sebevražda představuje 8,5 % ze všech úmrtí mladých lidí ve věku 15–29 let na celém světě a zároveň je druhou nejčastější příčinou úmrtí (hned po dopravních nehodách).

„U více než 90 % dokonaných sebevražd adolescentů bylo přítomno alespoň jedno duševní onemocnění. Další faktory sebevražedného chování u adolescentů pocházejí z jejich sociální oblasti (dysfunkční rodina, alkoholismus rodičů, neuspokojivé sociální vazby).“³⁴

Suicidální myšlenky jsou pro dospívání typické. Koutek a Kocourková uvádějí sebevražednost jako třetí nejčastější důvod, pro který bývají adolescenti urgentně psychiatricky vyšetřeni. Autoři dále uvádějí jako největší rizikové faktory suicidálního chování disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené sebehodnocení, zvýšenou impulzivitu, depresivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející suicidální pokus.³⁵

Podle Paclta (1999) se sebevražedné pokusy vyskytují u 7,1 % adolescentů. Jako důvody vedle úzkosti a depresí a zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) uvádí osobnostní poruchy a poruchy chování, výskyt sebevražedných pokusů v rodině, rodinné násilí a projevy impulzivity jako součást osobnostní patologie. Paclt zmiňuje výsledky nejdůležitější výzkumné studie z roku 2000, kdy za použití dotazníků Kovacsové zjistili v běžné populaci dospívajících (13–15 let, 296 respondentů) vážné suicidální tendence u 3,2 % chlapců a 1,4 % dívek. Z těchto výsledků vyplynulo, že vážné suicidální tendence se objevují u adolescentů, u kterých se současně vyskytují nízká kvalita rodinné emoční atmosféry, špatné rodinné vztahy (zejména s matkou) a u mladších adolescentů také zneužívání alkoholu a drog.³⁶

Malá (2007) uvádí, že nelze jednoznačně odlišit sebeпоškozování, které nesouvisí se suicidální aktivitou a uvádí, že až 85 % sebeпоškozujících uskuteční alespoň 1× suicidální pokus. Po sebevražedných úvahách nastupuje stádium suicidálních tendencí, kdy jedinec akt již plánuje. V pozdní adolescenci dochází k častější realizaci sebevražd než v jejím raném období.³⁷

³⁴Prajsová (2018)

³⁵Koutek, Kocourková (2003)

³⁶Paclt (2014)

³⁷Koutek, Kocourková (2003)

Poruchy příjmu potravy v dospívání

Poruchy příjmu potravy jsou specifickým onemocněním, které vzbuzuje zájem u široké veřejnosti (módní trend, ideální štíhlost, diety), ale také odborníků – to však z důvodu vysoké mortality a nízkého věku, který se k počátku vzniku potíží váže. „V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací.“³⁸

Mezi obecně známé diagnózy spadající do okruhu poruch příjmu potravy patří **mentální anorexie** (úmyslné snižování hmotnosti, její střežení a zkreslené vnímání vlastního těla) a **mentální bulimie** (opakující se záchvaty přejídání spojené s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti vedou ke krajnímu řešení –zvracení). Pro obě onemocnění je společné nízké sebevědomí, sociální problémy a nejrůznější somatické obtíže. „Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat.“³⁹

„Prevalence mentální anorexie u dívek⁴⁰ je celosvětově 0,3–1 %, u mentální bulimie 1–3 %, některá kritéria mentální bulimie splňuje v ČR až 15 % dospívajících.“⁴¹

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže < Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 3 Poruchy příjmu potravy).

Užívání návykových látek v dospívání

Značná část duševních onemocnění je spojena s vyšším rizikem užívání alkoholu a tabáku. Toto riziko je zvýšeno při užívání dalších návykových látek i nelátkových závislostí, u poruch příjmu potravy, poruch osobnosti, poruch nálad i u psychotických onemocnění.⁴² Krom alkoholu sahají dospívající po dalších návykových látkách, ale i nelátkových závislostech, jako po formách „samoléčby“ především úzkostných a depresivních stavů. Jsou pro ně v danou chvíli nezdravou (ale krátkodobě ulevující) copingovou strategií, tedy řešením jak vztahových problémů či sociální izolace, tak prostředkem pro nakládání s negativními emocemi.

Nakonec nadužívání alkoholu může napodobovat svým širokým spektrem symptomů příznaky nejrůznějších psychických onemocnění, a zapříčinit stanovení mylné diagnózy, zvláště pak v případech, kdy člověk užívání alkoholu tají. „Riziko problémů působených alkoholem je také vyšší u jedinců vystavených nadměrnému stresu a zátěžovým životním událostem.“⁴³

(Podrobněji viz. Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže < Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28 > Příloha č. 1 Návykové látky, Příloha č. 4 Alkohol, Příloha č. 21 Hazardní hraní).

³⁸ Uhlíková (2012:370)

³⁹ Krch (2002: 22)

⁴⁰ Paclt (2014)

⁴¹ Uhlíková (2012:370)

⁴² Nešpor a Csémy (2014)

⁴³ Boden citován in Nešpor, Csémy (2014)

Disharmonický vývoj osobnosti

Jde o tradiční diagnostický výraz, který měl v pedopsychiatrické praxi až donedávna velmi silnou pozici, ale MKN jej již nezná. Jde o obecný pojem zdůrazňující nerovnoměrnost zrání jednotlivých složek osobnosti a lze se s ním setkat u dětí a adolescentů do 18. roku věku. Citové, poznávací, volní či intelektové procesy se nerozvíjejí harmonicky, některé zrají rychleji, jiné pomaleji. Problémy jsou více než přechodné, symptomatologické a reaktivní a vedle nich či ve spojitosti s nimi hraje větší či menší úlohu bazální výbava psychiky.

Disharmonický vývoj se týká změněné vychovatelnosti, ale nemusí vždy vyústit v poruchy osobnosti. Spadají sem děti, u nichž selhává běžný pedagogický přístup. Okolí se jeví jako zvláštní, ony však na sobě nic nepozorují. Z toho vyplývá, že se domnívají, že problémy, jež způsobují, nezpůsobují ony samy, ale pocházejí z jejich okolí. Mají výrazně sníženou frustrační toleranci a v zátěžových situacích se jejich chování značně horší. Jejich emoce jsou málo diferencované (spíš na extrémních pólech); mívají problémy v sociálních vztazích, neboť nedovedou být empatičtí k vnímání projevů ostatních, jsou povrchní nebo naopak příliš „vlezlí“.

Východiska

Dospívání

Dospívání je časem plným hledání sebe sama i časem velkých změn (tělesných i mentálních). Je obdobím rozvíjení vlastní identity, ve kterém na jedné straně hraje velkou roli potřeba nezávislosti, na straně druhé pak potřeba být důležitý pro ostatní. Podstatná je zde i potřeba vztahů jako trvalých a dlouhodobých hodnot. Dospívání je vývojovým obdobím, které má z biodromálního⁴⁴ hlediska pro člověka rozhodující význam.⁴⁵

Dospívání je náročné období a prožívat během něj psychické potíže či krize je normální. Adolescence je totiž spojena s rozmanitými rizikovými faktory, které souvisejí se zátěžovými a stresovými situacemi. Ty se mohou, jak uvádí např. Palíšek (2007), v extrémních případech stupňovat až ke vzniku duševního onemocnění. Výsledky výzkumů poukazují na to, že duševní onemocnění často propukají v mladém dospělosti nebo v dětství, adolescence je z hlediska vzniku duševních onemocnění považována za nejkritičtější období⁴⁶. Uvádí se, že celkově téměř **20 % dětí a adolescentů trpí duševními problémy**. Podle německého výzkumu se **až 50 % všech duševních onemocnění poprvé objeví již před 14. rokem a 80 % nejpozději do 17. roku věku člověka**.⁴⁷ Dospívání je také věkem kritickým z hlediska sebevražedných pokusů – dle výzkumů má 8–10 % adolescentů suicidální myšlenky.⁴⁸

⁴⁴Biodromální = týkající se celoživotního vývoje a rozvoje, formování a perspektiv psychiky a osobnosti (bios-život, dromos-cesta).

⁴⁵Říčan (1989)

⁴⁶například Schonert-Reichl (2013)

⁴⁷BPtK-Standpunkt (2013)

⁴⁸Brière et al. (2015)

Souvislost psychických potíží a rizikového chování

Mezi nejzávažnější příznaky, které v období dětství a dospívání vyžadují psychiatrickou intervenci, jsou řazeny jakékoliv formy agrese, včetně suicidálního chování, účelového vyhrožování, sebepoškozování a agrese vůči věcem nebo zvířatům.⁴⁹ Méně nápadnými symptomy pak mohou být například změny chování a myšlení, režimu spánku, zájmů a vztahů s vrstevníky, zhoršení školního výkonu, soustředění, výkyvy nálady. Tyto příznaky, bývají pro okolí méně nápadné, i tak však jistě stojí za pozornost. Patologická může být absence vývojové změny v dospívání, například stagnace osobnostního vývoje a setrvávání ve stadiu difúzní identity.⁵⁰ „Symptomy duševního onemocnění mohou být i proměnlivé a nespecifické somatické příznaky, polymorfní stesky (stěžování si na velmi četné a pestré obtíže), bolesti bez zjevné příčiny, únava, změna váhy.“⁵¹

Varovné příznaky psychické krize

Specifické projevy v chování nebo prožívání mladých lidí, které stojí za pozornost v souvislosti s eskalací psychické krize (uvádíme je také v přehledu rizikových faktorů) jsou následující:

- nestálá nálada
- vysoká popudlivost, podrážděnost
- rigidní myšlení a neflexibilní vzorce zvládání náročných situací
- neschopnost vnímat či chápat realitu
- tendence žít ve fantazijním světě
- představy o své významnosti střídající se s pocity méněcennosti
- úzkost-zvláště při náznaku mírné tělesné nemoci nebo drobného zklamání
- nejistota týkající se sexuální identity či orientace
- silné přesvědčení o svojí pravdě
- přehnané projevy nadřazenosti, odmítání anebo provokativního chování vůči spolužákům, učitelům či rodičům, které mohou maskovat silný pocit nejistoty a méněcennosti
- častý pocit rozčarování či nespravedlnosti

V běžném životě se rizikové chování u dospívajících neobjevují jednotlivě, osamoceně. Stejně tak se nezřídka u dětí a dospívajících vyskytují spolu s nějakou poruchou chování či psychickou nepohodou.

Zmíněnému tématu – rizikovému chování a jeho souvislostem s psychickými potížemi – se v rámci své studie věnovala L. Foltová (2008). Studie zahrnovala 1531 adolescentů ve věku 15 let, jednalo se o neklinický soubor respondentů a cílem bylo zjistit, zda lze „identifikovat případnou souvislost jejich psychického stavu se zapojením do několika specifických typů rizikového chování.“⁵² Jak autorka uvedla: „U chlapců koresponduje míra emočních problémů a také hyperaktivity s nesoustředěností a s antisociálním chováním. U dívek jsou sledované rozdíly podobné. Dále byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami v položkách psychických potíží.“

⁴⁹ Uhlíková (2012)

⁵⁰ Difúzní identita nebo také zmatení rolí. Dospívající aktivně odmítá (ať již na vědomé či nevědomé úrovni) vymezení sebe samého jako jedinečného subjektu (Macek, 2003). Jedinec neprožívá krizi ani závazek, je velice snadno ovlivnitelný vrstevníky, často mění názory v souladu s očekáváním skupiny, které je členem, sebehodnocení je závislé na hodnocení druhých.

⁵¹ Uhlíková (2012:371)

⁵² Foltová in Česká a slovenská Psychiatrie (2012:79)

Podle Foltové zažívají psychické potíže nejméně právě takzvaně nerizikovní adolescenti. „U dívek souvisejí s rizikovým chováním anxiozita⁵³, potíže se spánkem, vtíravé myšlenky a únava; vše nejčastěji u skupiny s antisociálním chováním. U chlapců nejčastěji trpí také skupina s antisociálním chováním – pocity úzkosti, vznětlivosti a únavou; a dále syndromová skupina vtíravými myšlenkami a nechutenstvím.“⁵⁴ Výzkum přinesl potvrzení, že „psychické potíže adolescentů souvisejí s jejich rizikovým chováním“⁵⁵. (Foltová navrhuje, aby se navazující výzkum zaměřil na to, zda mají vliv potíže na chování nebo naopak.)

Z výše uvedených důvodů plyne, že je více než vhodné, a to i z hlediska primární prevence rizikového chování, **věnovat pozornost i péči o duševní zdraví a psychickým potížím dospívajících, a to již v časně fázi tohoto období.**

Rizikové a protektivní faktory

Faktory, které ovlivňují, do jaké míry se člověk dokáže vyrovnat se životními situacemi, můžeme rozdělit na ty, které krizi prohlubují, tj. rizikové, a pak faktory napomáhající, tj. protektivní. Můžeme se na ně podívat z pohledu jedince, rodiny, širší komunity (kam patří i školní prostředí) a společnosti. Nezřídka na člověka působí kumulace těchto faktorů.

Důležité je podporovat a prohlubovat resilienci žáků a studentů, jejich schopnost odolávat stresu, tlaku vrstevníků, nepříznivým individuálním či sociálním okolnostem a směřovat je k využívání zdrojů zdraví, včetně využívání příležitostí zažívat zkušenost životní spokojenosti.

Na úrovni jedince

Rizikové faktory	Protektivní faktory
● nízké sebehodnocení ● neschopnost regulovat emoce ● nedůvěra v sebe samého ● neschopnost zvládat zátěž ● nedonošené dítě nebo dítě poškozené při porodu ● vážná tělesná nemoc nebo úraz ● smrt milované nebo jinak pro daného jedince významné osoby ● odloučení (od přátel, rodiny, spolužáků) ● konec milostného vztahu ● mezilidské konflikty s blízkými osobami nebo ztráty	● odolnost vůči stresorům ● dobrá emoční regulace ● schopnost pozitivního přístupu k problémům ● dobré sociální a komunikační dovednosti ● sebedůvěra, dostatečná sebeúcta, důvěra v danou situaci a v úspěch ● ochota vyhledat odbornou pomoc, když se objeví obtíže (např. ve škole) nebo v případě zátěžových situací ● vyhledání odborného poradenství v případě důležitých rozhodnutí ● otevřenost vůči zkušenostem jiných lidí a novým způsobům řešení

⁵³ Úzkostnost jako trvalejší povahový rys, povahová základna pro nadměrně časté pocity nejistoty ohrožení, a tím i pro nadměrně časté úzkostné prožitky (zdroj: www.slovník-cizich-slov.cz).

⁵⁴ Foltová (2012:79)

⁵⁵ Foltová (2012:79)

● nechtěné těhotenství/potrat/pohlavní nemoc ● kolísavé vztahy s rodiči, kamarády či jinými dospělými ● agresivní chování vůči druhým, antisociální nebo provokativní chování, problémy se zákonem ● agresivní chování vůči sobě, sebepoškozování, suicidální pokus ● nestálá nálada ● vysoká popudlivost, podrážděnost ● rigidní myšlení a neflexibilní vzorce zvládání náročných situací ● neschopnost vnímat či chápat realitu ● tendence žít ve fantazijním světě ● představy o své významnosti střídající se s pocity méněcennosti ● úzkost - zvláště při náznaku mírné tělesné nemoci nebo drobného zklamání ● nejistota týkající se sexuální identity či orientace ● silné přesvědčení o svojí pravdě ● přehnané projevy nadřazenosti, odmítání anebo provokativního chování vůči spolužákům, učitelům či rodičům, které mohou maskovat silný pocit nejistoty a méněcennosti ● častý pocit rozčarování či nespravedlnosti	● otevřenost novým informacím a poznatkům ● zdravý prenatální, perinatální a raný vývoj jedince
--	--

Na úrovni rodiny

Rizikové faktory	Protektivní faktory
● nedostatek rodičovské lásky ● dysfunkční rodinné zázemí ● psychopatologie rodičů se zjevnými afektivními či jinými psychiatrickými obtížemi	● silné a zdravé vztahy v rodině a vzájemná podpora ● pozitivní vzory, jak zvládat zátěžové situace ● otevřená komunikace v rodině ● přiměřená úroveň vztahové soudržnosti

• alkoholismus, zneužívání návykových látek nebo antisociální jednání v rodině • výskyt sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu v rodině • násilnická rodina se sklony k týrání a zneužívání • nedostatečná péče rodiny/zákonných zástupců, nefunkční komunikace v rodině • časté hádky rodičů/zákonných zástupců s napětím a agresivitou • rozvod, odloučení nebo smrt rodičů/zákonných zástupců • příliš vysoké, nebo naopak příliš nízké očekávání ze strany rodičů/zákonných zástupců • nepřiměřená či přehnaná autorita rodičů/zákonných zástupců • nedostatek času rodičů/zákonných zástupců, aby si všímali a řešili emocionální problémy dítěte či negativní emocionální prostředí, ve kterém převládá odmítnutí a zanedbávání • příliš přísná nebo nejednotná pravidla v rodině • adoptivní nebo pěstounská rodina • nedostatek finančních prostředků v rodině • nízká vzdělanost v rodině	• flexibilní a strukturovaná adaptabilita v rodině
---	--

Na úrovni školy a komunity

Rizikové faktory	Protektivní faktory
• nepřípravenost na vstup do školy a neschopnost přizpůsobit se požadavkům • nedostatek pozitivní interakce se spolužáky a učiteli • neúspěch a izolace • vyhledávání ostatních dětí s podobnými potížemi (problémové vrstevnické party)	• dobrá společenská integrace nejen ve školním kolektivu, ale i v rámci mimoškolních aktivit (sport, zájmové kluby apod.) • dobré vztahy se spolužáky • dobré vztahy s učiteli a dalšími dospělými

• šikana • negativní vzory – poškozující se spolužák/skupina (emo, gotici) nebo tlak skupiny vrstevníků • šokovaný, indiskrétní, odsuzující, trestající učitel • nespokojenost s výsledky ve studiu a neprospěch • vysoké požadavky školy • časté změny bydliště • příslušnost k minoritní skupině • bydliště v nepříznivé sociální lokalitě	• vnímavost školy vůči osobnostním specifikům • otevřená komunikace (učitel, školní psycholog) • pochopení, respekt a diskretnost v jednání • ochota naslouchat bez hodnocení a zděšení • programy primární prevence rizikového chování • podpora wellbeingu • cílená podpora socio-emočního učení
---	--

Na úrovni společnosti

Rizikové faktory	Protektivní faktory
• stigmatizující nastavení společnosti • nedemokratické společenské uspořádání • nízké sociálně-ekonomické postavení, nižší vzdělání, nezaměstnanost v rodině • přistěhovalectví a migrace	• tolerantní společnost • komplexní preventivní programy • dostupná síť podpůrných služeb - je se kam obrátit • podpora destigmatizace

Zdroj některých rizikových a protektivních faktorů: Bertolote, J. M. (2000).

Jak postupovat

- Pedagog, který zaznamená u žáka psychickou nepohodu, krizi či počínající duševní onemocnění by měl být schopen sám či za podpory někoho z kolegů (třídní učitel, školní psycholog, školní metodik prevence, výchovný poradce) vést s žákem **podpůrný rozhovor**, jehož cílem má být, vedle poskytnuté podpory (“nejsi na to sám/sama”, “lze s tím něco dělat”) **domluva s žákem na dalším postupu**, kontaktování zákonných zástupců. **Důvěrný vztah mezi učitelem a žákem (i jeho rodinou)** může hrát významnou roli při celém procesu poskytování včasné intervence tak, aby byla co nejefektivnější. Pedagog by se měl s žákem domlouvat na dalších krocích. Zejména kontaktovat pomoc, komunikovat s rodiči (zákonnými zástupci) po domluvě s žákem, a tedy nejednat takzvaně „za jeho zády“. (V případě zletilého žáka postup s kontaktováním rodičů není nutný, pokud si to dotýčný nepřeje).
- Pedagog by měl být schopen poskytnout žákovi i jeho rodině **základní informace** k dané problematice a možnostem řešení situace.

- Úkolem pedagoga **není** dané **potíže diagnostikovat či léčit**. Jeho role spočívá zejména ve **zprostředkování kontaktu žáka s rodiči** (či v podpoře k němu) a poté **případně s příslušnými odborníky**. Pokud žák sám osloví svého učitele, je na místě jej za to ocenit, ujistit jej, že je na správném “místě” a že je dobře, že tak učinil. Sdělované potíže či svěřený problém není vhodné bagatelizovat, a to ať už jsme v jakékoliv roli ve vztahu k dotyčnému žákovi. Naopak je prospěšné **vyjádřit mu svůj zájem a spoluúčast** na řešení jeho situace tak, jak to bude potřeba (samozřejmě v rámci našich vlastních osobních i profesních možností a hranic).
- Je vhodné, **aby s žákem spolupracoval takový pedagog, k němuž má žák důvěru**, se kterým je schopný vést (ideálně) otevřenou komunikaci. Ne nutně to vždy tedy musí být např. školní psycholog, výchovný poradce či školní metodik prevence. Často může být třídní učitel tím, kdo má k žákovi nejbližší a žák se mu svěří. Třídní učitel si také jako první může všimnout, že s žákem není vše v pořádku a oslovit ho. Popřípadě žák tihne s důvěrou k jinému pedagogovi, např. jeho oblíbeného předmětu. Není nutné, aby pedagog znal “řešení” hned, důležité je s žákem navázat vztah postavený na důvěře umožňující otevřenou komunikaci.
- Při zachování důvěrnosti údajů může pedagog probrat žakovu situaci s kolegy, ideálně s členy **fungujícího školního poradenského pracoviště** (školní psycholog, metodik prevence, výchovný poradce), kteří ho mohou v dalším postupu podpořit.
- Rodičům pedagog v případě potřeby **doporučí kontaktování odborného pracoviště** – pedagogicko-psychologické poradny, psychologické nebo psychiatrické ambulance.
- Škola **rodičům nabídne spolupráci**. Pro žáka v psychické krizi či v době počínajícího duševního onemocnění je vedle poskytnutí včasné intervence zásadní také podpůrné a přijímající prostředí, které by měla škola spolu s rodinou a odbornými institucemi spoluvytvářet.
- Samozřejmou součástí této podpory je i samotná **podpora rodičů/zákonných zástupců** - i pro ně je toto období složité, plné změn a hledání nových cest nejen v přístupu ke svému dítěti.
- Součástí léčby bývá nezřídka farmakoterapie. Je dobré mít na paměti, že medikace může mít vliv na každodenní fungování žáků jak pozitivním, tak negativním směrem.
- V případě odmítavého či **nespolupracujícího postoje rodičů** (kdy je důvodem např. strach ze stigmatizace rodiny) se může pedagog obrátit na psychologa spádové pedagogicko-psychologické poradny s žádostí o metodickou podporu pro práci s daným žákem, a to i proti vůli rodičů. Zároveň, pokud se jedná o ohrožení zdraví či života dítěte, je na místě kontaktovat OSPOD (Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí). I dítě má právo požádat OSPOD a také školu a školské zařízení o pomoc při ochraně života a svých práv a učinit tak může i bez vědomí rodičů.
- Je zároveň žádoucí, aby škola zpracovala preventivní program školy a krizové plány **podle podmínek a konkrétních potřeb školy**, včetně **vypracování seznamu kontaktů** na pracoviště poskytující metodickou podporu a odbornou péči ve svém regionu.
- V případě **bezprostředního ohrožení zdraví dítěte** či jeho okolí je na místě volat **rychlou záchrannou službu**.

Doporučení pro „první“ kontakt s žákem

- Zvolte **příjemné místo pro vás samotného i pro žáka**, se kterým povedete rozhovor. Zajistěte, aby Vás **nerušili ostatní** (žáci, učitelé). Nechte si na rozhovor **dostatek času**. Navodte příjemnou, přijímací a **bezpečnou atmosféru**, nabídněte vodu, čaj a posadte se (ideálně vedle sebe) nebo případně oba stůjte či se procházejte. Je však důležité, aby vaše pozice byly „vyrovnané“ – optimální je, pokud jsou oči dospělého v úrovni očí žáka. Pozice vedle sebe je nejméně stresující.
- **Věnujte se výhradně žákovi** - nezvedejte telefony, nepouštějte (např. do kabinetu) ostatní. Vytvořte bezpečný prostor pro sdílení, **aktivně naslouchajte a nehodnoťte**. Budte **podpůrní**. Naopak **nezapomeňte ocenit to, že se vám žák s pro něj obtížnou věcí svěřuje. Povzbudte jej** v tom, že už jen toto je krok směrem k řešení jeho nepříznivé situace.
- Pokuste se **zmapovat dostupné žákovy zdroje**, které by mohly v řešení situace pomoci.
- **Naplánujte společně další kroky**, které podniknete v rámci řešení jeho věci. **Zrekapitulujte je** na konci setkání. Nezapomeňte se **domluvit na tom, které informace jsou důvěrné, a s kterými budete dál „zacházet“ ve smyslu sdílení s nezbytným okruhem dalších lidí, kteří se budou na realizaci podpory podílet**.
- Můžete žáka znovu ocenit a podpořit. Vyžaduje-li to situace, domluvte se s žákem na další schůzce, případně se s odstupem času ujistěte, že se věci dějí tak, jak se dít mají.
- Přijměte psychickou náročnost situace pro žáka, ale i pro vás samotnou/samotného.
- **Nezapomínejte na svoje profesní i osobní limity**, odkazujte se na další služby a podporu.
- Nebojte se **využít supervizi**.

Co raději ne:

- Slib, že žákem právě sdílené sdělení zůstane vaším tajemstvím.
- Slib, že to bude dobré, že to vyřešíme k ideální představě žáka.
- Přehnané reakce (obavy, zděšení, pláč, úzkost, panika, vztek, vyhrožování, litování...).
- Zlehčování situace.
- Moralizování a obviňování.

V jakém případě vyrozumět OSPOD/Policii ČR

Ohlašovací povinnost se duševních onemocnění obecně netýká. Platí to i u sebepoškozování. Ale v případě závažné šikany dítěte, sexuálního zneužívání, zanedbávání péče, týrání dítěte (syndrom CAN) atd., je nahlášení OSPOD/Policii ČR na místě a může zabránit závažnému psychickému a fyzickému poškození či dokonce úmrtí dítěte. Více viz karta k identifikaci špatného zacházení s dětmi - [Karta KID](#).

Ohlašovací povinnosti podléhá také navádění jedinců k sebepoškození/sebevraždě (např. skupina poškozujících se, kyberšikana).

V případě přímého rizika vážného zranění nebo smrti následkem psychické krize/duševního onemocnění (např. sebepoškození/výrazné suicidální myšlenky či započatý suicidální pokus) je namístě okamžitá, i nedobrovolná hospitalizace na psychiatrii – při odmítání hospitalizace bývá nutná asistence Policie ČR.

Možnosti a limity podpory ze strany pedagoga a školy

Jako děti a dospívající trávíme ve škole podstatnou část dne. Škola a školní třída se tak stává místem, kde bychom se měli cítit dobře, tedy ideálně by měly být naplňovány naše základní potřeby. Ne vždy tomu tak je. Pokud je naše duševní zdraví křehké a tolerance vůči stresovým situacím nízká, o to těžší je tento stav "spokojenosti" ve škole navodit.

Učitelé a to, jak se jim podaří navodit ve třídě otevřenou, příjemnou, přijímající a bezpečnou atmosféru, pak hrají podstatnou roli jak v otázce včasné intervence, tak i v otázce stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

Každá škola by tak měla mít ve svém preventivním programu zapracovanou také prevenci v oblasti duševního zdraví tak, aby výše uvedené bylo co nejvíce naplňováno. Otevřená komunikace a umění na téma duševních onemocnění mluvit, by měly být jeho samozřejmou součástí.

Pedagog může být v některých případech tím nejdůležitějším dospělým motivujícím žáka ke změně, resp. k vyhledání odborné pomoci. Na druhou stranu bez spolupráce s rodinou je jeho kompetence (ale i odpovědnost) limitována.

Žák, ať už dítě, či dospívající v psychické krizi / s duševním onemocněním představuje velkou zátěž pro dospělého, a tedy rizikový faktor vzniku syndromu vyhoření a dalších psychických potíží – pedagog zainteresovaný v problému potřebuje účinné metody prevence vyhoření, podporu nadřízeného a v ideálním případě supervizi u certifikovaného supervizora.

Učitel nemůže zastupovat služby dalších odborníků – zejména ne psychologů a terapeutů, lékařů. Měl by však být schopen vést s dítětem (rodiči/zákonnými zástupci) **podpůrný rozhovor** případně poskytnout základní krizovou intervenci. Naopak nevhodnou intervencí může dítěti/dospívajícímu ublížit.

Legislativní rámec

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí výslovně určuje jako **povinnost různým institucím**, mimo jiné i škole a školskému zařízení, **nahlásit případ ohrožení zdraví nebo života dítěte, a to i tehdy, když se objeví pouze podezření na trestný čin**. Například **navádění/nucení** k sebepoškozování či podněcování k suicidálnímu chování, podobně jako sexuální zneužívání, týrání apod., jsou trestnými činy, na něž se vztahuje oznamovací povinnost.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník stanovuje v § 364 až 368 povinnosti, jež má každá fyzická osoba v případě podněcování, schvalování, nadřezování, nepřekážení a neoznámení trestného činu. Paragrafy se vztahují na celou škálu trestných činů, oblast násilných činů páchaných na dětech a na týrání dítěte nevylučuje (nestačí však podezření).

Zákon č. 563/2004 Sb., zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

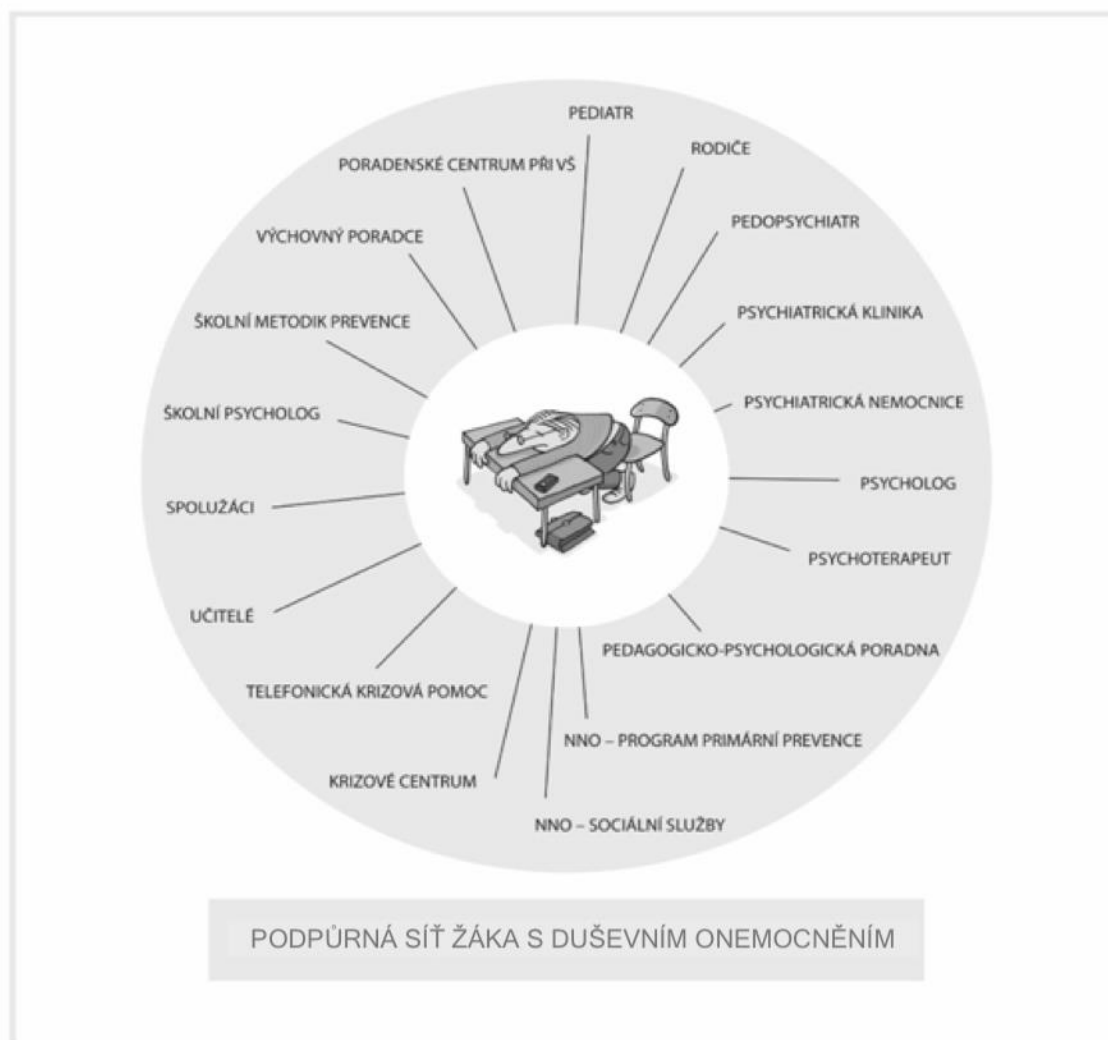
Zákon č. 167/1998 Sb., *o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů*, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 86/1992 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění (§ 23). Člověka lze **hospitalizovat bez jeho souhlasu** v případě, že jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace a **je nebezpečný sobě nebo svému okolí**.

Na koho se obrátit - síť partnerů, spolupráce v komunitě, kraji



Zdroj: Výsledek pilotního projektu Podporované vzdělávání pro studenty s duševním onemocněním – zavedení nové služby a její pilotní ověření v plzeňském regionu, realizovaný v letech 2006–2008 Ledovcem, z.s.; aktualizované zpracování, ilustrace Pavel Botka.

Pomoc lze hledat také v [centrech duševního zdraví](#) a u mobilních týmů dětského duševního zdraví.

Kterýkoliv subjekt (viz. obrázek), na něhož se v rámci vyhledání pomoci či podpory žák (jeho rodič/zákonní zástupci) či škola prostřednictvím pedagoga z důvodu řešení psychických potíží/psychické krize/duševního onemocnění dítěte/dospívajícího obrátí, je informován o dané problematice. **Ví, jak poskytnout podporu jedinci, ale i jeho nejbližším, zejména rodině. Umí nabídnout řešení situace pomocí dalšího profesionála či spolu s ním.** To se děje ideálně v rámci spolupráce pedagogických, zdravotnických a sociálních institucí v daném regionu tak, aby se každému dostalo rychlé a efektivní podpory, která mu umožní dosáhnout maximální možné úrovně vzdělání.

Zaměřit pozornost na počátky období, kdy se duševní onemocnění objeví, je neefektivnější. V tuto dobu se rozhoduje o další kvalitě života jedince a o tom, jaká omezení onemocnění přinese. Opakované projevy nemoci a nutnost hospitalizace vyčleňují mladého člověka ze společnosti i z aktivit, které měl rád. Dochází ke zvyšování pocitů jinakosti a jedinec se přestává zapojovat do dění ve své komunitě. **Pokud nejsou včas rozpoznány první signály onemocnění nebo není člověk podporován, může docházet ke zbytečné hospitalizaci, a tím se dostává ze svého přirozeného prostředí, prohlubuje se sebestigmatizace a dochází k postupné ztrátě sociálních dovedností a kompetencí. Přichází o své sociální postavení, blízké vztahy a „zvyká si“ na kariéru chronického pacienta.**⁵⁶

„Cílem poskytnutí včasné intervence je být k dispozici v době, kdy nemoc začíná, navázat kontakt a snažit se zamezit opakovaným hospitalizacím poskytnutím odpovídající sociální intervence, snížit stupeň zátěže pro osobu s první epizodou i pro její blízké. Aby bylo však možné takovou intervenci poskytnout, je nezbytná spolupráce zúčastněných subjektů (např. psychiatrická klinika, terénní tým, rodina atp.) Mezi zúčastněnými je třeba vybudovat pocit důvěry.“⁵⁷

Sítí zařízení je potřeba si zmapovat v jednotlivých regionech. V tomto metodickém doporučení na ně odkazujeme pouze obecně a nabízíme některé (celostátní) kontakty. **Je dobré, aby byla služba, kterou žákovi a jeho rodině doporučujeme, vnímána jako dostupná, lákavá a nestigmatizující.** Kam tedy můžeme odkazovat:

- **Ordinace klinické psychologie, př. psychologická ambulance**- ideálně s doporučením od dětského/dorostového lékaře, resp. po telefonickém objednání rodiči (nutno počítat s čekacími lhůtami, zejména pokud bude konzultace hrazena zdravotní pojišťovnou).
- **Psychoterapeutická ambulance** - nejlépe dle seznamů terapeutů České psychoterapeutické společnosti ČLS J.E.Purkyně nebo České asociace pro psychoterapii.
- **Psychiatrická ambulance** - ideálně s doporučením od dětského/dorostového lékaře, resp. po telefonickém objednání rodiči (nutno počítat s čekacími lhůtami, zejména pokud bude konzultace hrazena zdravotní pojišťovnou).
- **Krizové centrum** - netřeba doporučení zdravotnického zařízení, předchází telefonická nebo e-mailová domluva je vhodná, ale není nutná.
- **Pedagogicko-psychologická poradna** -obecně se specializuje spíše na specifické poruchy učení, intelekt, školní zralost apod., ale měla by mít k dispozici i nástroje pro diagnostiku a léčbu některých psychických onemocnění a stavů. Je vhodné odkázat na spádovou PPP školy.
- **Praktický (rodinný) lékař pro děti a dorost** -Ize na něj odkázat téměř v každém případě, protože je tím, kdo by situaci měl umět odborně adekvátně vyhodnotit a poskytnout fundované doporučení na další konkrétní odborníky. Je dobré mít také na paměti, že mnoho psychických onemocnění je provázáno tělesnými problémy (nevolnost nebo časté zvracení, poruchy spánku, bolesti břicha nebo hlavy apod.). Pro okolí a někdy ani pro nemocného není zřejmé, že jsou tělesné potíže zakořeněné v psychických problémech. S praktickým lékařem lze probrat nejen to, co nás trápí na těle, ale i na duši, protože není zdraví bez duševního zdraví!

⁵⁶Thornicroft et al. (2010)

⁵⁷Šupa, s.d.

KRIZOVÉ LINKY S CELOSTÁTNÍ PŮSOBNOSTÍ

- **Linka bezpečí:** **116111**
Nonstop pro děti a studenti do 25 let včetně
Chat: <https://chat.linkabezpeci.cz> - denně 09:00-13.00 a 15:00-19:00
E-mailové poradenství: pomoc@linkabezpeci.cz
Kontaktní e-mail: info@linkabezpeci.cz
Rodičovská linka: **606 021 021**
PO-ČT, 09:00-21:00, PÁ 9:00-17:00
rodinné a výchovné poradenství pro rodiče, prarodiče a ostatní členy rodiny, pedagogy a další dospělí, kteří jednají v zájmu dítěte
Chat: <https://chat.rodicovskalinka.cz/> - NE: 17:00-21:00
E-mailové poradenství: pomoc@rodicovskalinka.cz
Web: <https://www.linkabezpeci.cz/>
Korespondenční adresa: Linka bezpečí, z.s., Ústavní 95, 181 02 Praha 8 – Bohnice
- **Linka důvěry Dětského krizového centra** **241 484 149, 777 715 215**
Nonstop pro ohrožené děti a dospívající
Skype: Id_dkc, PO-ČT 14:00-22:00
Chat: <http://elinka.internetporadna.cz/>
Provozní doba chatu: PO, ST, PÁ 14:00-18:00, SO a NE: 9:00-13:00 a 14:00-18:00
E-mailové poradenství: problem@дитеkrize.cz
Kontaktní e-mail: Id@дитеkrize.cz
Web: <https://www.дитеkrize.cz>
- **Linka pro rodinu a školu (Cesta z krize):** **116 000**
Nonstop, zdarma (pomoc dospělým ohledně dětí - **pro rodiče**, příbuzné, **učitele**, vychovatele)
Zaměření: Problematika ohroženého dítěte, primárně pro dospělé kolem dítěte, ale i děti či mladistvé, kterých se potíží týká (rodiče, příbuzní, pedagogové a další profesionálové pracující s dětmi, kamarádi či jiní blízcí dítěte, sousedé, veřejnost).
Provozní doba telefonu: NONSTOP
Chat: <https://linkaztracenedite.cz/chat/>, denně 15:00-18:00
E-mailové poradenství: 116000@cestazkrize.net
Kontaktní e-mail: info@ztracenedite.cz; lucie.hermankova@cestazkrize.net
Web: <https://www.linkaztracenedite.cz/>
Korespondenční adresa: Cesta z krize, z. ú., Plaská 589/11, 150 00 Praha 5 – Malá Strana
- **Linka první psychické pomoci (Cesta z krize):** **116 123** (nonstop), ZDARMA
krizová pomoc pro dospělé
chat: www.chat-pomoc.cz
- **Linka duševní tísně (Most k naději, z.s.):** **476 701 444**
bezplatný skype telefon: [ldt.most](https://www.mostkna.deji.cz)
E-mailové poradenství: ldt.most@mostkna.deji.cz - odpovědi do 7 dnů
- **Linka pomoci obětem kriminality a domácího násilí (Bílý kruh bezpečí):** 116 006 (nonstop), ZDARMA, pomoc **pro oběti** a pozůstalé

- **Národní linka pro odvykání:** **800 350 000** "
(PO-PÁ, 10-18:00), ZDARMA
pomoc pro osoby se závislostí na cigaretách, alkoholu, lécích, drogách, hraní, sociálních sítích
- **Linka EDA** **800 405 060**
pro pečující o děti s postižením či vážnou diagnózou nebo po úrazu – denně 9:00-20:00
chat: <https://eda.cz/cz/co-delame/linkaeda> - pondělí-pátek 9:00-15:00
e-mail: <mailto:linka@eda.cz>
- **Linka Anabel** **774 467 293**
telefonická krizová pomoc pro problematiku spojenou s okruhem poruch příjmu potravy
pondělí 8:00-16:00, úterý 10:00-18:00, středa-pátek 8:00-16:00
Kontaktní Centra:
Brno: 724 824 619
Praha: 775 904 778
Ostrava: 602 236 457
E-mail: posta@anabell.cz
- **Modrá linka** **608 902 410, 731 197 477**
Pomoc v obtížných životních situacích pro děti i dospělé
denně od 9:00 do 21:00, chat: 12:00-21:00
chat: <https://chat.modralinka.cz/>
e-mail: help@modralinka.cz
- **Národní linka pomoci AIDS** **800 144 444**
Po-Čt 9:00-12:00 a 13:00 -18:00, Pá 9:00-12:00 a 13:00-16:00

Výčet regionálních linek důvěry pro děti i dospělé (a aktuální informace o nich) naleznete na
<http://www.capld.cz/linky-duvery-cr>

KRIZOVÁ CENTRA

- **Dětské krizové centrum** - V Zápolí 21, 141 00 Praha 4
pevná linka: 241 484 149
mobil: 777 715 215
rizika kyberprostoru: 778 510 510
e-mail: problem@дитеkrize.cz
Skype Linka důvěry: ld_dkc
on-line chat
- **Centrum krizové intervence Psychiatrické nemocnice Praha - Bohnice** - Ústavní 91, Praha 8
[Linka důvěry Centra krizové intervence](#) **284 016 666**

nonstop

- **Krizové centrum pro děti a dospívající** – Hapalova 4, Brno – Řečkovice
tel. 541 229 298, 723 006 004, css.sspd@volny.cz, ambulantní i pobytové služby
- **Krizové centrum RIAPS** - Chelčického 39, Praha 3, tel. 222 586 768, nepřetržitý provoz
- **SOS centrum – Diakonie ČCE – SKP v Praze** – Varšavská 37, Praha 2, pro osoby od 11 let
tel. 222 514 040, 777 734 173, 608 004 444, ponděli až pater 9 – 20, e-mail:
linka.duvery@diakonieskp.cz
- **Krizové centrum Spondea** – linka pro rodiny a děti 608 118 088 - Sýpka 25, Brno – Černá Pole
- **Krizové centrum Fakultní nemocnice Brno** – Jihlavská 20 (budova G), Brno – Bohunice, ambulance
tel. 532 232 078

Linka Naděje NONSTOP **547 212 333**

- **Krizové centrum Ostrava** – Ruska 94/29, Ostrava – Vítkovice, tel. 596 110 882-3, 732 957 193,
krizovecentrum@kriceos.cz

VYBRANÉ WEBOVÉ STRÁNKY VĚNUJÍCÍ SE DUŠEVNÍMU ZDRAVÍ

- [Národní ústav duševního zdraví](#)
- [Opatruj.se](#)
- [Psychoportál](#)
- [Národní portál psychiatrické péče](#)
- [Duševní zdraví \(edu.cz\)](#)
- [Reforma psychiatrie](#)
- [Asociace dětské a dorostové psychiatrie](#)
- [Na rovinu](#)
- [Nepanikař](#)
- [Nevypušť duši](#)
- [Fokus Praha](#)

Úkol prevence v oblasti duševního zdraví

V prevenci v oblasti duševního zdraví platí, stejně jako v jiných oblastech primární prevence, že je třeba začít co nejdříve. Následující body tedy cílí jak na děti staršího školního věku a dospívající, tak na děti mladšího školního věku a předškoláky.

- podporovat **přijímání jinakosti a jedinečnosti** každého jedince. Působit na **zdravé klima třídy**, podporovat **respektující vztahy** mezi žáky a **otevřenou komunikaci**,

- Posilovat **schopnosti** dětí a dospívajících **zvládat běžné životní situace**, které však **mohou způsobit** přirozenou psychickou **zátěž** (řešení konfliktu, komunikační dovednosti, zvládání stresu apod.),
- podporovat **uvědomování si spojitostí fyzického a duševního zdraví**,
- **stavět péči o duševní a fyzické zdraví na stejnou úroveň**,
- podporovat **schopnost rozeznávat a pojmenovávat vlastní emoce a psychické stavy**, naučit se efektivním způsobům jejich zvládání, **nabídnout alternativy k zacházení s náročnými životními situacemi**,
- zaměřovat se na **rozpoznávání vlastních silných stránek** a posilovat jejich rozvoj,
- podporovat **schopnost říkat si o pomoc**, oslovovat druhé a umění účastnit se společných aktivit s nimi tak, aby byla naplněna potřeba sounáležitosti a smysluplnosti,
- přispívat k **destigmatizaci** osob se zkušeností s duševním onemocněním,
- podporovat téma duševní hygieny jak u žáků, tak pedagogických pracovníků, jako nezbytnou součást péče o své zdraví,
- zavést a přijmout intervizi, supervizi a kontinuální vzdělávání pedagogů jako pravidelné a standardní metody podpory pedagogických pracovníků.

Použité zdroje a doporučená literatura, odkazy

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM – IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000).

BAŠTECKÁ, B. (ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.

BERTOLETE, J. M., Department of Mental Health, Social Change and Mental Health World Health Organization. (2000). *Mental and Behavioral Disorders Preventing Suicide: a resource for teachers and others school staff*. Geneva: WHO.

BIEDERMAN J, FARAONE SV. (2005). *Attention - deficit hyperactivity disorder*. Lancet 366(9481): 237-248.

BRIÉRE, F. N., ROHDE, P., SEELEY, J. R., KLEIN, D., LEWINSON, P. M. (2015). *Adolescent suicide attempts and adult adjustment. Depression and anxiety*. 2015. 32(4), 270276.

BPtK-Standpunkt [online] (2013). *Politik für psychisch kranke Menschen. Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode*. [cit. 2. 11. 2018].

Dostupné z: <<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/bptk-standpunkt/20130524-bptk-standpunkt-politik-fuer-psychisch-krank-menschen.pdf>>.

DUDOVÁ, I. (2007). [online] *Současný pohled na dětskou a adolescentní psychiatrii*. Psychiatrie pro Praxi, 2007, (1), 29-31. [cit. 11. 10. 2018].

Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>>.

FOJTÍČEK, M., VRBOVÁ, A., RUBRICIUS, M., VÁGNEROVÁ, T., BACHOVÁ, M. (2012). *Normálně studuju. Příručka podporovaného vzdělávání pro žáky, studenty, jejich blízké a pedagogy*. Ledce: Ledovec.

FOLTOVÁ, L. (2012). *Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů*. Čes. a slov. Psychiatrie. 2012; 108(2): 72–79.

GOETZ, M. [online] (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. Pediatrie Pro praxi. 2005; 5: 271-274. [citováno 15. 11. 2018].

Dostupné z: <<https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/05/04.pdf>>.

HOLLIS, C. (2015). *Schizophrenia in children and adolescents*. BJPsychAdvances, 21(5)

HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., & kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

CHISHOLM, D. [online] (2019). *Integration of mental health into primary health care and other service delivery platforms*. 21. [citováno 10. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.integradz.sk/wp-content/uploads/2020/03/02_WHO_Chisholm.pdf>.

- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003). *Sebevražedné chování – současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- KRCH, F., D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- MACEK, P., SMÉKAL, V. (2002). *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Praha: Barrister&Principal.
- MALÁ, E. (2007). *Dítě a stres*. Praha: Tigis.
- MATĚJČEK, Z. (1994). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál.
- NISHIDA, A., SHIMODERA, S., SASAKI, T., RICHARDS, M., HATCH, S. L., YAMASAKI, S., & kol. (2014). *Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: Findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents*. Schizophrenia research, 159(2), 257-262.
- PACLT, I. (2001). [online]. *Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku*. [cit. 8.10. 2018]. Psychiatrie pro praxi. 2001. 5. 212-215. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/en/artkey/psy-200105-0005.php>>.
- PALÍŠEK, P. (2007). [online]. *Stresové situace a jejich zvládání v období adolescence*. Psychiatrie 148-156. [cit.12.12.2018]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2007/03/03_Palisek_PSYCHIATRIE_3_07.pdf>.
- POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A., ROHDE, L. A. (2015). *Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 345-365.
- POLANCZYK, G. V., DE LIMA M. S., HORTA B. L., BIEDERMAN J., ROHDE L. A. (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiatry 164(6): 942–948.
- PRAJSOVÁ, J., CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., Kateřina PŘÍHODOVÁ, K. a CSÉMY, L. (2018). Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Československá akademie věd, 2018, **62**(1), 16-31. ISSN 0009-062X.
- PRAŠKO, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- ŘÍČAN, P. (1989). *Cesta životem*. Praha, Czechia: Panorama.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. (1995). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- SCHONERT-REICHL, K. A., OFFER, D., HOWARD, K. I. (2013). *Seeking help from informal and formal resources during adolescence: Sociodemographic and psychological correlates*. Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, 20, 165-178.

ŠUPA, J. (*sine data*). [online] *Metodika spolupráce Podpůrné sítě v rámci projektu Podporované vzdělávání*. Brno: Práh jižní Morava, z. s. [cit. 18. 12. 2018].

THORNICROFT, G. (2006). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví

TRAIN, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál.

UHLÍKOVÁ, P. [online] (2012). *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci - kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance?* *Pediatric Pro praxi*. 2012; 13(6): 369–371.[cit. 8. 11. 2018].
Dostupné z:<<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf>>.

ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE, [online] (2021). Přístupy k náročnému chování dětí a žáků ve školách a školských zařízeních a možnosti jeho řešení. Dostupné z: [Česká školní inspekce - Metodické doporučení – Přístupy k náročnému chování dětí a žáků a možnosti jeho řešení \(csicr.cz\)](https://www.csicr.cz/ceska-skolni-inspekce-metodicky-doporučení-přístupy-k-náročnému-chování-děti-a-žáků-a-možnosti-jeho-řešení)

Číselník diagnóz MKN-10 (ciselnikdiagnoz.cz)

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28):

Příloha č. 1: [Navykove_latky.docx](#)

Příloha č. 3: [poruchy_prijmu_potravy.doc](#)

Příloha č. 4: [Alkohol - příloha.doc.docx](#)

Příloha č. 13: [Tabák aktualizováno 2022.pdf](#)

Příloha č. 15: [Netolismus.doc](#)

Příloha č. 16: [Sebeposkozovani.doc](#)

Příloha č.21: [Hazardni_hrani.docx](#)

Příloha 22: [Dodržování pravidel prevence vzniku problémových situací týkajících se žáků s PAS ve školách a školských zařízeních.pdf](#), [Formulář Krizový plán pro prevenci vzniku problémových situací týkajících se žáka s PAS.docx](#), [Formulář Krizový plán pro prevenci vzniku problémových situací týkajících se žáka s PAS.pdf](#)